

УСЛУГИ ПО ВЕДЕНИЮ ДОМАШНЕГО ХОЗЯЙСТВА И ЛИЧНОМУ ОБСЛУЖИВАНИЮ**Контрольный список работодателя/получающего услуги**

МЕНЯ, _____, ПРОИНФОРМИРОВАЛ СОЦИАЛЬНЫЙ РАБОТНИК, ЧТО Я, ЯВЛЯЯСЬ РАБОТОДАТЕЛЕМ/ПОЛУЧАЮЩИМ УСЛУГИ, ОТВЕЧАЮ ЗА ДЕЙСТВИЯ, УКАЗАННЫЕ НИЖЕ:

- 1) Предоставлять требуемую документацию моему социальному работнику для определения права на услуги и потребности в них. Информация для отчета включает, но не ограничивается следующим: изменения в доходе, состав семейной группы, семейный статус, владение собственностью, номер телефона и время, когда меня нет дома.
- 2) Поиск, наем на работу, обучение, наблюдение и увольнение лица предоставляющего услуги, которого я нанял.
- 3) Соблюдать законы и правила связанные с оплатой труда/рабочим временем/условиями труда и наймом на работу лиц моложе 18 лет.

ПРИМЕЧАНИЕ: Обратитесь к Приказу #15 Индустриальной Комиссии Благосостояния (IWC) в отношении оплаты труда/рабочего времени/условий труда и найма на работу который можно получить в Департаменте Производственных Отношений штата, Отделе Производственных Стандартов и обеспечением их выполнения; номера телефонов этих организаций указаны в телефонной книге. Дополнительную информацию о найме на работу несовершеннолетних можно получить обратившись в местный отдел образования (school district).

- 4) Проверить, что присматривающий за мной законно проживает в Соединенных Штатах. Присматривающий за мной и я заполним форму Form I-9. Я сохраню форму I-9 как минимум три (3) года или один (1) год по окончании трудоустройства, в зависимости, что дольше.
- 5) Обеспечить стандарты возмещения, расписание и условия для присматривающего за мной.
- 6) Предоставить социальному работнику следующую информацию в отношении присматривающего за мной и любые изменения моих присматривающих в будущем.

<input type="checkbox"/> Имя, фамилия	<input type="checkbox"/> Родной язык*
<input type="checkbox"/> Адрес	<input type="checkbox"/> Номер телефона
<input type="checkbox"/> Номер социального страхования	<input type="checkbox"/> Родственное отношение ко мне, если есть
<input type="checkbox"/> Дата рождения*	<input type="checkbox"/> Часы работы и услуги предоставляемые присматривающим
<input type="checkbox"/> Этническая принадлежность*	

*Пожалуйста, предоставьте эту информацию, если она вам доступна.

- 7) Сообщить предоставляющему услуги, что часовая оплата до вычетов составляет \$ _____, и что налоги социального страхования (Social Security) и Страхование по нетрудоспособности вычтены из оплаты труда.
- 8) Сообщить предоставляющему услуги, что он/а могут запросить, чтобы федеральный или штатный подоходный налог был удержан из их оплаты труда. Сказать предоставляющему услуги, чтобы он/а заполнил/а форму W-4, чтобы форма W-2 (заявление о доходе и налогах) была выслана вам в конце января для заполнения налогового отчета.
- 9) Сообщить предоставляющему услуги, что он/а застрахован/а от несчастного случая на производстве, он/а застрахованы от безработицы и льготы штата по оплате нетрудоспособности .
- 10) Сообщить предоставляющему услуги о том, какие услуги разрешено предоставлять и об отведенном на это времени. Сообщить предоставляющему услуги, что оплата не производится за предоставление услуг во время моего отсутствия из дома (например, когда я в больнице или в отпуске).
- 11) Платить мою долю платежей, если необходимо, непосредственно предоставляющему услуги или непосредственно департаменту социальных услуг округа.
- 12) Проверить и подписать табель рабочего времени за каждый платежный период, в котором правильно указаны дни и количество отработанных часов. Я понимаю, что любое искажение или сокрытие информации может быть преследовано в соответствии с законами Федерации или штата.
- 13) Проверить, чтобы предоставляющий услуги подписал табель рабочего времени.
- 14) В конце платежного периода напомнить предоставляющему услуги отправить подписанный табель рабочего времени в соответствующий департамент социальных услуг округа.

Я ОБЪЯСНИЛ ЛИЦУ, ПОЛУЧАЮЩЕМУ УСЛУГИ IHSS, ОБЯЗАННОСТИ, УКАЗАННЫЕ В ЭТОЙ ФОРМЕ.

_____	_____	_____
Социальный работник (Social Worker)	Телефон (Telephone)	Дата (Date)
_____		_____
Получающий услуги (Recipient)		Дата (Date)
_____		_____
Предоставляющий услуги (Provider)		Дата (Date)

ИНСТРУКЦИИ ПО ИСПОЛЬЗОВАНИЮ
КОНТРОЛЬНОГО СПИСКА РАБОТОДАТЕЛЯ/ПОЛУЧАЮЩЕГО УСЛУГИ

1. Эта форма используется **только** для обзора с лицами, получающим услуги от индивидуальных предоставляющих услуги.
2. Округи должны использовать эту форму, чтобы удостовериться, что всем получающим услуги сообщили и они поняли свои основные обязанности, как работодателей лиц, которые предоставляют услуги IHSS.
3. Объяснить каждый пункт получающему услуги и объяснить, как получающий услуги может выполнить каждое требование.
4. Подписать форму и поставить дату.
5. Дать копию формы получающему услуги и предоставляющему их.